

Éditorial À propos des patients agressifs...

Frédéric Millaud

Volume 14, numéro 2, novembre 1989

Pauvreté et santé mentale (1) et À propos des patients agressifs (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031527ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031527ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Millaud, F. (1989). Éditorial : à propos des patients agressifs... *Santé mentale au Québec*, 14(2), 179–182. <https://doi.org/10.7202/031527ar>

Éditorial

À propos des patients agressifs...

*Frédéric Millaud**

De qui parlons-nous?

Les expressions «patients agressifs», «patients dangereux», «patients violents» se recoupent assez souvent dans le langage commun et dans le langage psychiatrique. La distinction à faire n'est pas simple, puisque les termes se renvoient les uns aux autres. (Cf. Millaud dans le présent numéro). On pourra cependant faire un *distinguo* au plan phénoménologique.

Le patient dangereux est celui qui est susceptible de commettre un passage à l'acte violent, celui qui peut avoir déjà posé des gestes violents ou non. Il peut être dangereux vis-à-vis de lui-même ou vis-à-vis des autres (on reconnaîtra là les critères de la cure fermée).

Le patient agressif est celui qui exprime une pulsion dont le contrôle est incertain. Nous sommes dans le registre de l'expression pulsionnelle.

Quant au patient violent, il s'agit de celui qui a déjà posé des gestes sur autrui et qui continue de le faire. Il pourrait donc être qualifié aussi de dangereux et d'agressif. Mais il se situe plus franchement, à la différence des deux autres types peut-être, au niveau de l'agir seulement.

Quoi qu'il en soit, l'agressivité semble bien être au cœur du problème et tout particulièrement l'agressivité non contrôlée. On peut centrer le questionnement sur l'hétéro-agressivité, mais les réflexions dégagées dans ce dossier valent également pour l'auto-agressivité de nos patients. Il semble exister un continuum entre les différentes expressions de l'agressivité, laquelle peut aller des formes plus ou moins inhibées avec passage à des actes souvent dirigés contre le sujet lui-même (patients névrotiques, par exemple), à des formes très ouvertes ou le passage à l'acte est souvent dirigé contre autrui (patients «borderlines», par exemple). On notera d'ailleurs, dans la clinique, que souvent les patients homicides ou les patients très agressifs sont en proie en même temps à des éléments suicidaires, éléments dont ils se défendent sur le mode agressif.

La clinique de dangerosité à l'Institut Pinel

Il est clair que tout le réseau psychiatrique, mais également le réseau des affaires sociales ou le réseau pénitentiaire, peut éprouver les problèmes liés aux patients psychiatriques agressifs. Une partie de cette population peut être traitée à l'Institut Pinel, mais une autre partie doit être prise en charge par les milieux généraux; d'autre part, les problèmes d'agressivité chez les patients psychiatriques ne semblant pas devoir diminuer avec le temps, une Clinique de dangerosité, dont l'initiative revient au docteur Aubut, a été mise sur pied à l'Institut Pinel, il y a maintenant un peu plus d'un an. Cette clinique, qui se compose actuellement de quelques psychiatres, d'un criminologue et d'une infirmière, a comme objectif d'être une ressource pour patients agressifs pour le reste du réseau.

Il ne s'agit pas d'apporter des réponses ou des solutions magiques aux problèmes d'agressivité posés par les patients, mais bien plus, d'essayer d'amener une dimension un peu plus objective et un peu plus systématique, ce qui facilite parfois beaucoup l'approche thérapeutique. Sans entrer dans le détail de notre approche, nous essayons d'explorer cinq grandes zones :

* L'auteur est psychiatre à l'Institut Philippe Pinel de Montréal, professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal.

- 1) les facteurs liés à la dangerosité (facteurs statiques, environnementaux, biologiques, psychodynamiques et liés à l'état mental);
- 2) la clarification diagnostique et le niveau de reconnaissance du patient face à ses agirs violents;
- 3) les indications pharmacologiques spécifiques;
- 4) la structuration d'un plan de soins;
- 5) les pièges contretransférentiels où ces patients nous entraînent parfois.

Organisation du milieu soignant

Si la fonction de consultant extérieur pour les problèmes d'agressivité peut être fort utile à certains moments et même à l'intérieur des murs de l'Institut Pinel, nous ne devons pas pour autant nous empêcher d'organiser le milieu soignant afin qu'il soit le plus contenant possible pour les patients agressifs et le plus thérapeutique possible. Ainsi on pourra distinguer dans l'organisation du milieu deux grands volets.

Le premier volet concerne l'organisation physique du milieu, par exemple le milieu hospitalier où vit le patient agressif. On peut songer à une chambre sécuritaire ou à un poste d'infirmier bien situé, qui permet d'avoir une bonne vision sur l'ensemble d'une unité. Cela peut, en particulier, aider à augmenter le degré de sécurité du personnel soignant pour les interventions auprès de patients agressifs.

Le deuxième volet consiste en l'organisation du milieu pour les soins à donner aux patients et en l'organisation de l'équipe de soins elle-même. Car celle-ci doit être suffisamment sécurisante pour ce type de patients et doit jouer un rôle de contenant face à l'agressivité. Mais pour que l'équipe puisse jouer ce rôle, il faut qu'elle se sente elle-même suffisamment en sécurité et ait donc développé des moyens dont nous parlerons un peu plus loin. Dans ce dossier, Johane Pilon nous donne un exemple d'organisation d'une unité de soins qui n'est certes pas transposable dans tous les milieux mais dont les grandes lignes peuvent avoir une portée générale.

Faut-il responsabiliser les patients et quelles peuvent en être les conséquences pour la dangerosité?

Poser des limites aux patients agressifs, que ce soit des limites physiques ou des limites psychologiques, est une notion essentielle dans un premier temps. La mise en cure fermée, par exemple, peut jouer un rôle à la fois pratique et symbolique extrêmement important. Mais, dans un deuxième temps, quand la crise aiguë est passée, l'étape suivante est certainement celle de la responsabilisation de ces patients. En effet, tant que le contrôle de l'agressivité est extérieur à eux, tant qu'il est fait par l'institution ou par l'équipe de soins, il est difficile de penser que la dangerosité de ces patients a beaucoup diminué. La prise d'une médication peut être, par exemple, d'un grand secours avec certains patients psychotiques, mais notre évaluation de la dangerosité devra tenir compte non seulement de l'effet bénéfique de la médication, mais aussi de la compréhension du patient de la nécessité d'une telle médication. Cela implique que le patient accepte la notion de maladie, accepte une partie de son histoire ou les relations à sa famille, et tente de comprendre quelles sont les raisons de ses passages à l'acte, par exemple. On peut donc dire, d'une façon générale, que plus son niveau de conscience sera élevé, moins il sera évalué dangereux. L'alliance avec l'équipe traitante est également un atout extrêmement important.

Pourrions-nous être victimes de quelques pièges contretransférentiels?

Travailler avec des patients agressifs n'est pas chose facile. L'agressivité est très souvent une défense qu'utilisent ces patients pour se protéger de sentiments de détresse, de dépression, de souffrance. La difficulté pour les soignants réside dans le sentiment de ne pas avoir accès à cette souffrance. Ces patients nous donnent alors un sentiment d'impuissance et nous font éprouver de la peur puisqu'ils ne se laissent pas comprendre. Nous avons le sentiment qu'ils sont imprévisibles. Ceci peut nous amener à surévaluer leur

dangerosité et nous entraîne à vouloir les rejeter, à vouloir s'en débarrasser et les transférer dans un autre hôpital. À l'inverse, on peut avoir l'impression de trop bien comprendre ces patients, de se sentir des alliés inconditionnels de leur détresse. On peut se retrouver alors dans une situation de déni de la dangerosité réelle de ces patients, ce qui empêche certaines interventions thérapeutiques. Bien sûr, ces patients soulèvent des réactions contretransférentielles, quelquefois majeures, au sein des équipes traitantes, et il est extrêmement important d'en tenir compte. Ces éléments contretransférentiels doivent être utilisés comme une information sur les mécanismes de défense qu'utilisent les patients agressifs, tels le clivage, l'identification projective, le déni... On pourra se référer à l'article du docteur Talbot, qui parle en détail de ces problèmes contretransférentiels.

Aperçu de quelques moyens utiles pour ne pas se désorganiser soi-même et pour rendre service aux patients

Nous ne devons pas avoir des attentes irréalistes face à la capacité des patients de se contrôler eux-mêmes ou de trouver une solution miraculeuse qui réglerait tous les problèmes rapidement. Nous devons plutôt essayer de trouver des séries de moyens pour faire face à la question. Tout d'abord, étant donné l'importance des problèmes contretransférentiels soulevés par ces patients, la communication de l'information au sein de l'équipe traitante est certainement indispensable. Celle-ci doit nous permettre d'adopter une attitude appropriée vis-à-vis des patients. Si nous voulons responsabiliser les patients face à leur dangerosité, nous devons, dans un premier temps, leur transmettre notre évaluation de la situation et des problèmes auxquels ils ont à faire face, nous devons leur nommer leur dangerosité et ne pas céder au fantasme qu'en en parlant «ils vont nous en vouloir, être plus dangereux». Une bonne analyse du contexte d'hospitalisation, des ressources familiales, de l'histoire personnelle ainsi qu'un bon diagnostic nous permettront de proposer au patient le traitement le mieux adapté possible. Par ailleurs, il peut être utile de diluer le transfert dans le groupe soignant, c'est-à-dire de voir les patients à plusieurs, de se servir du groupe soignant pour endosser des décisions concernant les patients, au lieu de confier ces décisions à une seule personne, qui pourrait être prise alors comme unique persécuteur. On évitera les secrets reliés à l'agressivité ou à des fantasmes agressifs des patients. Tout doit pouvoir se partager avec le reste de l'équipe. On retiendra enfin toute l'importance de se sentir libre d'évaluer l'agressivité ou la dangerosité des patients et de leur en faire part dans un contexte sécuritaire, de leur indiquer pourquoi on les met en cure fermée, par exemple, ou pourquoi on utilise l'isolement, telle ou telle médication, ou encore l'entrevue à plusieurs. Tout cela peut contribuer à la responsabilisation des patients. En même temps, on se dégage ainsi d'une position d'intervenant terrorisé, c'est-à-dire inefficace, pour se replacer dans une position de soignant.

À quoi peut servir une tentative de compréhension et d'élaboration théorique sur les passages à l'acte violents?

Les patients agressifs sont presque toujours aux prises avec leurs agirs et avec une très faible capacité de mentalisation concernant les gestes qu'ils posent. La théorisation ou la compréhension de leurs passages à l'acte est une distanciation face à l'agir dont ces patients sont incapables. C'est donc aux soignants qu'il incombe de commencer à réfléchir pour eux, à leur place, si l'on veut à un moment donné les aider à mieux comprendre ce qui se passe en eux-mêmes. On gardera à l'esprit que le passage à l'acte a presque toujours une valeur résolutoire. Il survient la plupart du temps, pour les patients que nous rencontrons, après un processus psychiatrique parfois assez long et souvent déjà émaillé d'autres passages à l'acte. Ces patients ne semblent pas avoir pu développer d'autres solutions que celles d'utiliser des agirs violents. Le travail thérapeutique consiste donc, bien sûr, à reprendre avec eux les agirs violents et à tenter de les aider à découvrir d'autres solutions : entre autres, celle de parler au lieu d'agir.

Quelques questions supplémentaires

Quand doit-on judiciaireiser ?

Il n'y a pas de réponse unique à telle question. Cependant, le recours à la loi dans la réalité peut être d'une certaine utilité avec des patients violents. Le contexte et la façon de faire sont ici, bien sûr, de toute première importance.

Peut-on espérer voir disparaître la dangerosité chez un patient agressif ?

La dangerosité n'est pas un état permanent, avec ou sans intervention thérapeutique. Cependant, on peut faire l'hypothèse que par une intervention à ce niveau, par la création d'une alliance avec le patient, par l'utilisation d'un traitement médicamenteux si nécessaire, par l'utilisation de ressources intermédiaires, par le suivi en externe, par l'identification de signes précurseurs du passage à l'acte violent et par l'amélioration du niveau de conscience du patient face à son agressivité et aux causes de celle-ci, les risques de nouveaux agirs violents sont de beaucoup diminués.

Conclusion

Il y a certainement beaucoup d'autres questions que soulève le cas des patients agressifs. La poursuite d'une réflexion à ce sujet nous apparaît donc tout à fait nécessaire. Mais comme l'évaluation et la prise en charge de ce type de patients concernent l'ensemble des réseaux de soins, il est important que cette réflexion puisse être partagée. Par ailleurs, une bonne collaboration, une bonne coopération des différents maillons du système de soins devraient permettre également, au plan pratique, de mieux faire face aux difficultés que soulèvent ces patients. Chacun se doit d'évaluer ses limites, de même que ses responsabilités. La responsabilisation et le soin de nos patients ne passent-ils pas par une meilleure définition de notre responsabilité de soignant ?